



## Střední zdravotnická škola, Svitavy, Purkyňova 256

Adresa: Purkyňova 256, 568 02 Svitavy

Telefon: 461 535 100, 461 531 491

Fax: 461 533 053

E-mail: skola@szs.svitavy.cz

Web: www.szs.svitavy.cz

IČO: 00 498 815

Bankovní spojení: č.ú: 6631 591/0100 – KB Svitavy

## ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ VZDĚLÁVÁNÍ ZE ZDRAVOTNÍCH DŮVODŮ

Jméno a příjmení žáka: ..... Datum narození: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (v případě nezletilého žáka): .....

Bydliště: ..... PSČ: .....

Třída: ..... Požadovaná doba přerušení: .....

Datum: ..... Podpis zák. zástupce/zletilého žáka: .....

Evidenční číslo posudku: .....

## LÉKAŘSKÝ POSUDEK

### Identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek:

Název poskytovatele: ..... IČ: .....

Adresa poskytovatele: .....

### Účel (důvod) vydání lékařského posudku:

***Přerušení vzdělávání v souladu s § 66 odst. 5 zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů***

Typ prohlídky: Mimořádná

### Posudkový závěr:

***Posuzovaná osoba není zdravotně způsobilá pro období: .....***

**Poučení:** Proti tomuto lékařskému posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotních služeb, který posudek vydal. Lhůta pro podání návrhu na přezkoumání počíná běžet prvním dnem následujícím po dni prokazatelného předání lékařského posudku. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s omezením.

Datum vydání posudku: .....

.....  
Jméno, příjmení a podpis lékaře,  
razítko poskytovatele zdravotních služeb

Posuzovaná osoba (zákonný zástupce) převzala lékařský posudek do vlastních rukou dne: .....

.....  
Podpis zák. zástupce/posuzované osoby